

Universidad Nacional de La Plata

Facultad de Trabajo Social



Hospital Neuropsiquiatrico Alejandro Korn
Trabajo Social y Salud Mental

Trabajo Final Monográfico

Estudiantes: Sanchez Delia

Shanueza Pablo

Año 2009

Catedra Trabajo Social IV

Docente Titular: Magister. Fuentes Pilar

Resumen

Nos proponemos a través de esta monografía, abordar la temática de salud mental en el contexto de la “sala F” del Hospital Neuropsiquiátrico Alejandro Korn. El abordaje se realizó en relación a las mujeres internadas ya que la rutina de la lógica institucional suprime las capacidades psicológicas, físicas de las personas.

La temática surge a partir de la práctica pre profesional que realizó una de las integrantes del grupo con las personas internadas en la sala “F”, las cuales se encuentran en condiciones desfavorables, ya que el proceso de institucionalización lleva al abandono, la inactividad, la pérdida y la rutinización de la vida cotidiana, debido a la cronicidad del tratamiento psiquiátrico, farmacológico, médico etc.

INTRODUCCIÓN

Para dar comienzo a este trabajo comenzaremos con una revisión histórica del concepto de locura, a fin de comprender que, como toda construcción social, es posible de ser modificada. A continuación realizaremos una reseña histórica del Hospital Alejandro Korn desde sus inicios hasta la actualidad, describiendo su estructura y funcionamiento de diferentes áreas. Posteriormente realizaremos un análisis sobre la concepción de sujeto y tratamiento de la salud mental a lo largo de la historia y la inclusión del Trabajo Social como profesión inscripta en la misma, desde una perspectiva histórica- crítica.

DESARROLLO

Acerca del concepto de locura

Si hacemos una breve revisión histórica, vemos que, diferentes visiones trataron de explicar el concepto de locura, de acuerdo al momento histórico. Como sostiene Berlinguer, algunas enfermedades son evaluadas de manera distinta según la sociedad, la época y las personas.

En la Edad Media, la locura no estaba asociada al encierro, aunque si diferenciada y separada de la vida social. Para la sociedad feudal, la locura era considerada una “enfermedad del alma”: la posesión de los malos espíritus en el hombre.

Con el Renacimiento, la figura del médico empieza a tomar relevancia en relación al “lugar de la verdad”, verdad sustentada en los valores de la burguesía en ascenso. La locura es dominio médico, entendida desde el concepto de razón: es la falta de razón en el hombre.

La gran crisis económica de 1625 que se extendió por toda Europa, obligo a mendigos y pobres a deambular por las ciudades. Es en este contexto donde aparece lo que Foucault denomina “el gran encierro”, creándose grandes hospicios como respuesta a la crisis económica a través de las “instituciones de asistencia”. En estas instituciones se mezclan los antiguos privilegios de la Iglesia en la atención a los pobres y el afán burgués de poner orden en el mundo de la miseria. Esta relación de asistencia a los pobres, función que hasta entonces desempeñaba la Iglesia, dejará sentadas las bases, para que la medicina reproduzca su práctica como un tipo de relación asistencial.

Bajo esta lógica se encerró a pobres, locos, vagabundos y prostitutas para evitar agitaciones y “disimular la miseria”, ya que en todas las épocas, según Berlinguer, la enfermedad fue considerada como un peligro o riesgo para la salud de los otros. Siguiendo esta línea argumentativa, se encerraba a las personas con el propósito de que no se expanda la enfermedad a través del contagio.

“El capitalismo naciente, que en su normativización de la vida de los individuos impone sus condiciones de normalidad y error, encierra y excluye la locura junto con todo lo que en los márgenes de la nueva relación social, se transforma en desecho inútil”¹.

El loco y los marginales son inútiles, por lo tanto, se los desecha del sistema productivo; ya que la razón se sitúa del lado del trabajo y la productividad. A partir de concebir al trabajo como humanizante, se entiende la doble operación del siglo XVIII: por un lado, se encierra a los que no trabajan, para evitar agitaciones y rebeldías sociales, mientras que por el otro, se intenta hacerlos trabajar con el objetivo de “resocializarlos” como mano de obra barata.

Con la Revolución Francesa “se modifica la sensibilidad” de la sociedad ante el modo en que se trataba los locos, dando lugar al llamado “tratamiento moral” de la locura. Se busca la convivencia sin aislamiento en las celdas, la calma y la tranquilidad en los locos.

Se da un pasaje de la hegemonía que tenía la Iglesia y el Estado para legislar el espacio social de la enfermedad mental, a la medicina mental, que sería la disciplina hegemónica de la modernidad burguesa.

En el primer tercio del siglo XX, la psiquiatría americana aporta nuevas perspectivas teóricas a la enfermedad mental. Se resalta la importancia de establecer mayor comunicación entre el hospital psiquiátrico y la comunidad. Es en este contexto donde surgen los trabajadores sociales, que realizarán trabajos que se relacionan, entre otros, con las visitas a las familias de los enfermos.

En la década del '50, con la aparición de los psicofármacos, se dio un giro cualitativo en relación al tratamiento de los sujetos que padecen enfermedad mental. El Hospital Alejandro Korn no escapa a esta lógica, ya que responde a los lineamientos de lo que Goffman define como institución total “...Un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria administrada formalmente...”².

El hecho de que las personas internadas en estas instituciones, no respondan al orden productivo, hace que sean como plantea Bauman “personas rechazadas, basura,

¹ GALENDE, EMILIANO. “PSICOANÁLISIS Y SALUD MENTAL”. CAP.III. ED. PAIDOS

² Goffman.”Internados”.1961

desperdicio; como residuo; que no solo pierden su empleo, sus proyectos, sus puntos de referencia, la confianza de llevar el control de sus vidas, despojados de su dignidad, autoetismo, de la sensación de ser útiles y de hojar de un puesto propio en la sociedad”³. Al no ser funcionales al sistema, no se adaptan al mismo, y son económicamente improductivos; el Estado”⁴. necesita crear este tipo de instituciones, para “ocultarlos” (a través del encierro) y de esta manera poder seguir manteniendo el “orden” y la seguridad nacional (aunque esto lleve a la constante violación de los derechos de estos sujetos); ya que para estas situaciones consideradas como “disfuncionalidades”, que no son otra cosa que refracciones de la cuestión social, la sociedad burguesa crea un conjunto de instituciones destinadas al control social.

Hospital Neuropsiquiatrico Alejandro Korn

En 1883 se inició la construcción del Hospital dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, fue el primero en la zona y es actualmente uno de los hospitales neuropsiquiatricos más grande de Latinoamérica. Fue habilitado en 1884 y está ubicado en la avenida 520 esquina 175, en la localidad de Melchor Romero, en las afueras de la ciudad de La Plata.

Se llamó “Hospital Barracas” siendo sus construcciones de madera con el fin de quemarlo cada diez años, para evitar la cronicidad de la enfermedad hospitalaria; y se lo ubico a tres leguas de la ciudad, para seguir con el criterio de aislamiento de Hospitales Coloniales.

El 5 de octubre de 1954, mediante la resolución numero 9580, el Ministerio de Bienestar social impuso al establecimiento el nombre de “Hospital Neuropsiquiatrico de Melchor Romero”.

Recién en 1973, como consecuencia de actuaciones administrativas en las que se pone de manifiesto la labor desarrollada por el doctor Alejandro Korn a lo largo de los veinte años en que dirigió el Hospital, el entonces Ministerio de Bienestar Social de la Provincia de Buenos Aires, por Resolución N° 546, del 9 de marzo de 1973, impone el nombre de “Alejandro Korn” al Hospital interzonal especializado en Agudos y crónicos Neuropsiquiatrico de Melchor Romero.

En 1980 el hospital logro habilitar el Pabellón de Agudos y Admisión, en donde paso a concentrarse toda la actividad de psiquiatría asistencial, la guardia psiquiátrica y los

³ Bauman; “Vidas desperdiciadas”

⁴ Leucowihcz; “Pensar sin Estado”

consultorios externos de esa especialidad tanto para adultos, como para niños y adolescentes.

El edificio se habilitó con capacidad de 140 camas y una superficie cubierta de 5000 metros cuadrados.

En la actualidad el Hospital “Dr. Alejandro Korn” se encuentran internadas en los servicios de rehabilitación aproximadamente 800 personas.

Las mismas se encuentran distribuidas en 7 salas de mujeres y 9 de varones, con un número variable de cama, de acuerdo al espacio físico con que se cuenta, pero con un promedio de 50 camas aproximadamente.

La población destinataria de los servicios prestados por el hospital provienen de diferentes partes del país y son personas con padecimientos mentales, patologías crónicas y heterogéneas en cuanto al diagnóstico y nivel de autovalimiento; con prolongados períodos de internación; con serias dificultades en la conservación de los vínculos familiares por la situación socioeconómica y la distancia que desfavorecen la accesibilidad; con personal a cargo insuficiente en cantidad y muchas veces también en capacitación.

En relación a los aspectos estructurales y organizativos de la institución, la disposición de las salas se encuentra organizada según la evolución de la enfermedad y se dividen en: sala de agudos, sala de sub-agudos, sala de crónicos y guardia. Para todas estas salas, se encuentra la sala de atención en crisis (SAC).

También existen otros servicios que presta la institución, distribuidos en distintos edificios en el predio, entre los cuales se encuentran la Dirección General del Hospital, Centro de Rehabilitación Psicosocial, sala Carrillo (trata la problemática del Alcoholismo), EL hospital general, sala de odontología, el consultorio de Atención Primaria en Rehabilitación (CAPER), la cárcel llamada Pabellón Lombroso, el Servicio Social y Residencia, una Iglesia, mantenimiento, peluquería, gimnasio, Centro de Formación Laboral N° 3 (dependiente del Ministerio de Educación).

A continuación se detallan algunas de las dependencias, cabe destacar que a pesar de la perspectiva que se plantea para el accionar, se visualizan contradicciones en el uso de algunos términos tales como el de paciente, ya que dentro de la institución se hace referencia al sujeto que se encuentra internado como pasivo, que no tiene participación en lo que respecta a su tratamiento, diagnóstico, la elección de un profesional médico para su atención. El término “paciente”, lo comprendemos como aquel que asigna un rol pasivo a los internados dentro de la institución,

visualizándose en la no posibilidad de elegir cuando bañarse, que comer, la forma de vestir, tomar mate con agua caliente a cualquier hora, el levantarse a una determinada hora, el no poder tener un contacto con el afuera; viéndose determinado este rol, por el personal de la sala siendo esta la lógica de la institución, la que hace a estos sujetos como pacientes.

El Centro de Rehabilitación Psicosocial (CERPS) es un dispositivo hospitalario para la recuperación de hábitos y capacidades de autovalimiento.

La misma cuenta con 15 camas aproximadamente, divididas las salas según el sexo.

La idea fundacional por la que el centro se constituyó fue para intentar romper con ciertas prácticas instituidas⁵ dentro del manicomio. Una de estas “rupturas” se expresa en la elección del nombre que llevaría este espacio, descartando que fuera “sala” para romper con la verticalidad hospitalaria (ya que esta funciona con la presencias de un jefe, con horarios, y tareas pautadas, con la imposibilidad de que los pacientes tomen decisiones, etc.).

En este centro se distribuyen las tareas propias de una casa, tales como cocinar, limpiar, organizar la convivencia, entre otras, en función que sean ellos mismos los protagonistas de su proceso de rehabilitación.

Otro servicio es el CAPER que cuenta con dos médicos clínicos quienes evalúan a los pacientes, respondiendo también a la demanda de las salas. Cuando estos necesitan cuidados clínicos especiales son derivados.

Con respecto a la estructura organizativa de la sala de crónicos existe una relativa independencia de cada sala, cada una cuenta con una organización y un funcionamiento particular. De esta manera, cada sala dispone de determinados profesionales, como médico psiquiátrico, psicólogos en algunos casos, trabajadora social y enfermeras.

La sala F, donde la integrante del grupo realizó su práctica pre-profesional, está formada por una médica psiquiatra, una Trabajadora Social, una jefa de enfermeras, una enfermera por turno y las empleadas de cocina.

En cuanto a los recursos con los que cuenta la institución, provienen del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, en lo que refiere a insumos de tipo farmacológicos, alimentación, vestimenta. En relación a estas últimas pueden también ser garantizadas por medio de donaciones o entregas familiares.

⁵ “... una estructura ya dada, a normas establecidas, es lo obvio institucional...” Kaminsky, G
“*Dispositivos Institucionales*”. Cap.1.4

Cuando nos referimos a Salud Mental, no se debe separar por un lado lo físico y por otro lado lo mental, sino que se debería integrar a un solo concepto.

La salud no solo debe ser entendida como ausencia de enfermedad o como un completo estado de bienestar físico, psíquico y social. Esta definición de la O.M.S si bien es bastante completa y significa un avance en materia de salud, tuvo muchas críticas, como por ejemplo las realizadas por Weinstein, quien considera que el concepto de “completo estado” es muy amplio, ya que nunca se puede estar en un estado completo de salud, sino que se puede encontrar un equilibrio entre salud y enfermedad. Además, este autor también considera que es difícil definir que es el “bienestar” ya que este concepto puede variar, al igual que el concepto de salud, según la época, la sociedad y los sujetos. Por último, el autor sostiene que tiene mucha importancia el contexto donde se encuentra el sujeto, lo histórico, lo social y lo cultural.

Floreale Ferrara, caracteriza a la salud “con la necesidad de entenderla en el área de la comunidad y las clases sociales que la integran, con el convencimiento de verla adherida al proceso histórico donde se producen sus determinantes y se genera la distribución de sus condiciones entre los integrantes de la sociedad”⁶

Trabajo Social y Salud Mental

Desde el Trabajo Social debemos realizar una lectura sobre la complejidad de lo social por nuestra particular inserción en la vida cotidiana de los sujetos con los que intervenimos. Es muy importante no quedarnos solo con la palabra, ni con lo que se presenta a simple vista, sino poder problematizar las situaciones y poder lograr una comprensión del problema en su totalidad. No hay que estar naturalizando los hechos que se nos presentan en la sala, por esto se debe apelar a una teoría que nos permitirá encontrar líneas de indagación sobre la realidad.

Como sostiene Marisa Barrios, la práctica realizada no es algo externo a los actores, se ponen en acto potencias de producción y reproducción de lógicas en salud mental que inciden en las condiciones de vida de los sujetos y en la política de salud mental.

En uno de los encuentros de nuestra compañera de grupo con una de las personas internadas, por ejemplo no pudo, hasta tanto no escuchar el nombre, identificar si era hombre o mujer, debido a que se encontraba descuidada físicamente (pelo corto, ropa

⁶ Ferrara, Floreale; “*Teoría social y salud*”. Cap.1: Conceptualización de la campo de la salud.”

descuidada, etc.) demostrándose de esta manera el descuido desde la institución hacia la cuestión de género, imposibilitando que esa persona pueda socializarse ya sea en su pronta externación, o cuando algún familiar la visite “...según Barrios, en la institución psiquiátrica se producen movimientos en el funcionamiento que dieron lugar a la problematización de las condiciones de vida, ingreso indiscriminado, a los efectos destructivos del encierro en la subjetividad, pérdidas de derecho, identidad y exclusión de participación en la vida social...pensar las prácticas desde la posibilidad de construcción y resignificación permanente de los sociales, significa verlas en movimientos constantes. En el hospital psiquiátrico se buscan generar nuevos dispositivos que sustentan la idea de desmanicomialización o sustitución del manicomio, esto se refiere al apoyo de la socialización teniendo en cuenta las diferencias respecto de la inserción en espacios productivos y sociales”⁷.

De esta manera se demuestra como a las mujeres institucionalizadas no le es permitido conservar su intimidad, viéndose ésta impedida y la pérdida de su singularidad como individuo (desde el número o el diagnóstico que reemplaza al nombre propio).

La naturalización de la existencia del hospital psiquiátrico como dispositivo hegemónico en la atención de la salud mental es otro de los fenómenos que ha permanecido desde el siglo XIX en nuestro país, si bien se han dado importantes intentos de ruptura en diferentes momentos socio-históricos (desmanicomialización).

La inclusión del trabajo social en el análisis de la reconstrucción histórica de la modalidad de atención en salud mental se debe a que participó- y participa- como una disciplina encargada de todo lo inherente a lo social de las personas que padecen un trastorno mental...”continuando con el planteo de Barrios, la misma sostiene que en la actualidad, el desafío de las prácticas desde el trabajo social es consolidar nuestra intervención en salud mental, dentro de un marco de construcción social. Esto permitiría apuntalar nuestro trabajo al logro de mayores posibilidades de inclusión en espacios sociales, donde el destino no sea su desaparición (la desaparición del sujeto institucionalizado).

Los dispositivos de atención de salud mental están guiados por un paradigma individualista, lineal e histórico, de corte predominantemente asistencial-individual (un techo, comida, vestimenta medicación, etc.), excluyendo y encerrando a la mayoría de

⁷ Marisa Barrios, “Las prácticas en la salud mental ante nuevos desafíos”.

la población por limitaciones de su estructura, por ser pobre, por no tener una familia que económicamente lo pueda asistir, entre otras, esto último puede relacionarse claramente con lo dicho por Berardo, que sostiene que lo familiar es lo medular de nuestro trabajo, además que es necesario realizar un trabajo en conjunto con la misma para que no se produzca el desarraigo.

Los hospitales neuropsiquiátricos se desenvuelven bajo una lógica funcional, al servicio de sus necesidades propias más que a las demandas de la gente.

Los sujetos mas allá de las patologías que presentan, para el sistema psiquiátrico se “ubican” “en ningún lugar, por que no son productivos al sistema, o los que no responden al patrón de lo que es considerado como “normal” se los encierra condenándolos a vivir largos procesos de institucionalización. Esto puede relacionarse con lo dicho por Berlinguer cuando habla de la norma social y la norma biológica, sosteniendo qué es lo que se considera normal para una determinada sociedad y que no.

Castoriadis, en este caso tomaría el concepto de imaginario social, ¿quienes en la sociedad son normales y anormales? ¿Bajo que aspectos? y ¿quienes son para el sistema? ...

“El concepto de imaginario social es un concepto utilizado en las ciencias sociales siempre referido a representaciones sociales, estereotipos, es decir, a las formas de ser, sentir, pensar y hacer instituidas en una determinada sociedad.”

Las personas que ingresan, no siempre lo hacen a causa de sufrir algún trastorno psíquico, sino por ser pobres, vivir en la calle, o estar desocupados.

CONCLUSION

Diversas han sido representaciones que a lo largo de la historia de la humanidad se han ido generando entorno a la locura, tan diversas como ha sido la forma en que se ha tratado de explicar y de abordar la enfermedad. El loco paso a ser considerado como un problema social debido a su incapacidad de poder estar adaptándose a las normativas que el orden social a impuesto. Ante esta problemática se presentan distintas estrategias de abordaje y tratamiento, las cuales consistieron en la estigmatización, el aislamiento y la exclusión.

Es en este contexto que nace el Hospital psiquiátrico como dispositivo hegemónico en la atención de la salud mental, es otro de los fenómenos que ha permanecido desde el siglo XIX en nuestro país, a pesar de que se han dado intentos de rupturas en diferentes momentos socio-históricos.

A la hora de leer las historias clínicas de las mujeres, quienes en su mayoría fueron internadas por problemas sociales o por enfermedades (depresión, alcoholismo, entre otras) dio cuenta que no necesitan de una internación en dicha institución, que pueden ser tratadas con tratamientos ambulatorios. Ante esto pude reflexionar que todas las enfermedades que presentan las mujeres de la sala F al igual que todas las personas que se encuentran internadas en el Hospital Alejandro Korn, se generan debido a todos los cambios sociales que se presentaron en la sociedad, donde se muestran como algo complejo y en crisis, esto hace la disminución de la capacidad de los sujetos en dar respuestas; a lo cual esto demuestra como las manifestaciones de los problemas sociales se expresan en la subjetividad de los sujetos.

Esta desarticulación y fragmentación del sistema sanitario, lleva a que aquellas personas que buscan atención en salud mental, ya sea por consultas, tratamientos, tengan que recurrir al hospital especializado es decir, al manicomio, que es la única respuesta sanitaria con la que cuenta la población "... a partir del ingreso al dispositivo de atención sanitaria, tanto la persona portadora de un trastorno mental como su familia y/o

grupo de referencia, ingresan a un circuito del cual resulta difícil escapar...” (Basaglia Franco. Bs. As. 1974).

Es pertinente destacar que la salud mental en las mujeres se reconoce cada vez más como el campo de mayor impacto en el bienestar individual, familiar y social. Pero es un campo con un desarrollo aún muy precario, donde ha proliferado una mala calidad de vida, vulneración de sus derechos en relación a la vestimenta, higiene, cuidado bucal, etc.). Para consolidarlo es necesario un esfuerzo de colaboración interdisciplinaria que tenga en cuenta la interacción de los diferentes fenómenos implicados: ambientales y psicosociales. Al encontrarse con ausencia de políticas sanitarias que contenga una articulación sistemática entre sus diferentes niveles de atención; de acuerdo a lo que menciona Berardo el objetivo del trabajador social dentro del equipo interdisciplinario es participar en el proceso de atención integral y construir programas que permitieran dar cuenta de las múltiples áreas de trabajo como problemáticas abordadas e intervenciones institucionales. Ya que dentro de este equipo el trabajador social es privilegiado por su relación con los sujetos y recuperar lo significativo de su vida cotidiana. Lo familiar es lo medular del equipo de trabajo, y de allí se comienza a desplegar propuestas donde se incluyen derechos sociales, y es importante construir equipos contenedores que posibiliten el acompañamiento de las familias durante el tránsito de diversos tratamientos y diagnóstico, donde a esto se le suma el desarraigo, la pobreza y analfabetismo

Asimismo, es necesario introducir una formación que incorpore conocimientos de las variables relacionadas con el género en las decisiones clínicas, en el manejo terapéutico y en la investigación.

La mirada del Trabajo Social debe apuntar a la problematización, partiendo de su intervención en el campo salud mental quienes son considerados enfermos; concibiéndolo como un sujeto de derecho, pero un sujeto construido socialmente en un proceso socio-histórico, teniendo presente que esa construcción se produce en el marco de su vida cotidiana y que la misma se encuentra atravesada por un contexto socio-histórico.

BIBLIOGRAFIA

- **BASAGLIA, FRANCO;** “*LA INSTITUCIONALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA DE LA VIOLENCIA*”.
- **Baptista, Veras Mirian;** “*Conferencia la producción del conocimiento social contemporáneo y su énfasis en el Servicio Social*”.
- **Bauman;** “*Vidas desperdiciadas*”
- **Barrios, Marisa;** “*las practicas en salud mental ante nuevos desafíos*”
- **Berardo, Gloria;** “*Programa de Trabajo.Trabajo Social. Hospital de niños*”
- **Beriinguer, Giovanni;**”*La Enfermedad*” Capítulos 1 a 6 Lugar Editorial.Buenos Aires.1994
- **Castoriadis, Cornelius;** “*El avance de la insignificancia*”, Cáp.8, “La Crisis del proceso identificador”, Pág. 155 a 167. Buenos Aires.1997
- **FERRARA, FLOREAL;** “*TEORÍA SOCIAL Y SALUD*”. CÁP. 1: CONCEPTALIZACION DEL CAMPO DE LA SALUD
- **Goffman;** “*Internados*”. 1961
- **KAMINSKY, G;** “*DISPOSITIVOS INSTITUCIONALES*”. CAP.1-4.
- **Kordon, D y Edelman, L;** “*Efectos psicológicos de la represión política II*”. En efectos Psicológicos de la represión política, ED Sudamericana. Planeta, Bs. As.1986
- **Mandel, Ernest;**”*El lugar del marxismo en la historia*”.Ediciones y Distribuciones Hispánicas S.A. de C.V. 1998.
- **Maria Inés García Canal;** “*El señor de las uvas*”. Cultura y género. 1994
- **Mendoza, Mariela;** “*La modalidad de atención en salud mental: Aproximación analítica desde la intervención del Trabajo Social*”. Paraná, Entre Ríos.2003
- **Leucowichz;** “*Pensar sin Estado*”
- **Taylor, S.J. y Bodgan, R.** “*Introducción a los métodos cualitativos de investigación*”. Cáp. 4. 2La entrevista en profundidad”
- **Testa, Mario.** “*Pensamiento Estratégico y lógica de programación*” (El caso de salud).Lugar Editorial
- **Weinstein, Luis;**”*El concepto de salud*”Capitulo 1. En salud y autogestión.Ed Nordan.Montevideo.1988